



Comisión de Servicios Educativos del Condado de Union

Autorización para el intercambio de información 2024 – 2025 Año Escolar

Nombre del estudiante: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Este comunicado otorga (Nombre de la Escuela) _____ and _____

Por favor, enumere, según corresponda, médicos, terapeutas, agencias, consultores y / u otros proveedores de servicios:

Nombre _____ Título _____ Dirección _____ Teléfono _____	Nombre _____ Título _____ Dirección _____ Teléfono _____
Nombre _____ Título _____ Dirección _____ Teléfono _____	Nombre _____ Título _____ Dirección _____ Teléfono _____

Por favor, indique **UNO** de los siguientes:

El abajo firmante entiende que esta divulgación de información es para el año escolar 2024-2025.

O

El abajo firmante entiende que esta divulgación de información es de _____ a _____

Nombre del padre _____ **Fecha** _____
(Por favor imprima)

Firma de los padres _____